Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen.
Vorstand: Professor Dr. Hoffmann.

Die in die Nervenklinik der Universität Tübingen im Jahre 1935 aufgenommenen Schizophrenen

Befund bei der Entlassung und Verlauf der Erkrankung bis zum Dezember 1937

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von

Hedwig Gauger

aus Wuppertal-Elberfeld

Würzburg
C. J. Becker Universitäts-Druckerei
1939

Herrn Professor Dr. Hoffmann und Herrn Oberarzt Dr. Ederle in Tübingen danke ich für die Themastellung und für freundliche Förderung dieser Arbeit.

Dekan: Professor Dr. Stickl
Berichterstatter: Professor Dr. Hoffmann.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Zum Druck genehmigt von der Medizinischen Fakultät Tübingen.

Dem Andenken meines Vaters

† 1. Februar 1939

Abkürzungen:

Schz. = Schizophrenie

z. B. = zur Begutachtung,
zur Beobachtung

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich darum, katamnestisch diejenigen Schizophreniekranken zu untersuchen, die im Jahre 1935 in der Tübinger Nervenklinik aufgenommen waren. Solche katamnestischen Erhebungen sind schon häufiger angestellt worden, jedoch nicht unter dem spezifischen Gesichtspunkt der vorliegenden Arbeit. Im Jahre 1936 hat nämlich die Tübinger Klinik unter der Leitung von Professor Dr. Hoffmann — mit zuerst in Deutschland — die Insulintherapie für Schizophrenie eingeführt. Nachdem seit den ersten Anfängen dieser neuen, erfolgverheißenden Heilbehandlung einige Zeit verflossen ist, soll nunmehr nachgeprüft werden, wie sich der Verlauf der unbehandelten schizophrenen Erkrankungen im Verhältnis zu dem Verlauf der nach der neuen Methode behandelten Fälle gestaltet hat. Die Untersuchung über die insulinbehandelten Fälle ist zur gleichen Zeit von Martha Küßner (1) vorgenommen worden, auf deren Arbeit hier verwiesen sei. Bei dem Vergleich der Ergebnisse beider Arbeiten wird von der Annahme auszugehen sein, daß das Krankenmaterial einer Klinik sich in zwei aufeinanderfolgenden Jahren strukturell im wesentlichen gleich bleibt.

Für die Arbeit standen 190 Krankengeschichten der Klinik mit der sicheren oder sehr wahrscheinlichen Diagnose „Schizophrenie" zur Verfügung.

Um den Verlauf der Krankheit nach der Entlassung aus der Klinik zu erheben, habe ich an sämtliche 190 Entlassenen einen Fragebogen versandt, der folgenden Wortlaut hatte:

1. Wie lange waren Sie nach der Entlassung noch krank?
2. Waren Sie noch in Behandlung eines Arztes und welchen Arztes? oder waren Sie noch in einer anderen Klinik oder Heil- und Pflegeanstalt und in welcher?
3. Ist eine nur vorübergehende oder dauernde Besserung eingetreten, d. h. ist die Krankheit schubweise verlaufen und in wieviel Schüben?
4. Sind Sie dauernd oder vorübergehend arbeitsfähig gewesen? Welche Arbeiten konnten Sie verrichten?
5. (Evtl. durch Angehörige zu beantworten.) Ist der Kranke in seinem Benehmen immer noch irgendwie auffällig? Hört der Patient Stimmen? Hat der Patient merkwürdige Ideen (Wahnideen)? Ist der Patient für die Außenwelt zugänglich, für Besuch, gute Zurede oder einen Schrecken? Sieht der Patient ein, daß er krank ist?
6. Haben Sie in der Zwischenzeit eine andere Erkrankung durchgemacht? War diese fieberhaft?
   War diese Erkrankung von irgendwelchem Einfluß auf den geistigen Zustand, sei es, daß dieser eine Besserung oder Verschlechterung erfuhr?

7. Ist inzwischen noch ein ähnlicher Krankheitsfall in der Familie aufgetreten?
8. Haben Sie sich inzwischen verheiratet? Wieviele Kinder haben Sie?
9. Waren die Schwangerschaft, die Geburt oder das Wochenbett von günstigem oder nachteiligem Einfluß auf Ihren seelischen Zustand?

Der Text des Fragebogens stimmt mit dem von Martha Küßner (s.o.) versandten überein.

Auf die von mir versandten Fragebogen haben nur 180 Patienten geantwortet. Wie die Weigerung der übrigen 10 gedeutet werden muß, ist nicht zu klären. Sie konnten so nicht berücksichtigt werden.

Die in Beantwortung des Fragebogens gemachten Angaben über die verbleibenden 180 Patienten sind nicht als gleich wertvoll und sicher zu betrachten. Einwandfrei sind wohl die Angaben über die in Anstalten befindlichen Patienten, deren Krankengeschichte oder ärztlicher Bericht aus der betreffenden Anstalt vorlag. Soweit an Private Fragebogen versandt worden sind, ergab sich aus der Natur der Sache ein stark subjektiv gefärbtes Bild, aus dem sich dann aber in vielen Fällen doch objektive Schlüsse ziehen ließen. —

Auf unsere Fragen, ob seit der Entlassung ein ähnlicher Krankheitsfall in der Familie aufgetreten sei und ob der Patient inzwischen eine schwere fieberhafte Erkrankung durchgemacht habe, die vielleicht eine Änderung oder Besserung des geistigen Zustandes herbeigeführt habe, wurde durchweg mit „nein" geantwortet.

Auf Grund dieser zum Teil allerdings mangelhaften Unterlagen wurde nun folgendes statistisch erfaßt und soweit möglich zur besseren Übersicht in Tabellenform angeordnet:

Von der Gesamtzahl der 180 Patienten waren 82 Männer (45,5%), 98 Frauen (54,5%).

Bei der Beurteilung des Befundes bei der Entlassung aus der Klinik und des Verlaufs, wie er mir aus den Antworten und Berichten entgegentrat, habe ich folgende Bezeichnungen gewählt:

I = „Vollremission", d. h. Rückkehr zu völlig normalem Wesen und zum alten Beruf, der im vollen Umfange wieder ausgeübt wird. Außenstehende merken nichts von der früher durchgemachten Erkrankung.

II = „Berufsfähige Remission", d. h. der alte Beruf kann wieder aufgenommen werden, aber es sind gewisse Merkmale der vorausgegangenen Krankheit im Wesen zurückgeblieben.

III = „Entlassungsfähige Besserung", d. h. die Patienten sind noch als krank anzusehen, sind nach außen hin auffällig, können aber zu Hause gehalten werden. Nur zum Teil können sie ihre frühere Arbeit versehen. Bei den Hausfrauen war — wie leicht verständlich ist — die Einordnung und Beurteilung besonders schwierig; darum mögen bei

den Hausfrauen vielleicht im Verhältnis zu viel „berufsfähige" Besserungen angenommen worden sein.

IV = „Zustand stationär oder verschlechtert". Patienten können keine brauchbare Arbeit leisten, sind in Anstaltsverwahrung oder gehörten jedenfalls dahin.

Als maßgebend für die Einordnung habe ich den Zustand angenommen, in dem die Antwort geschrieben wurde. Im Verlauf hatten 11 Patienten allem Anschein nach erneut Schübe gehabt, die aber zur Zeit der Antwort wieder abgeklungen waren.

Tabelle 1. Gesamtübersicht.

Bei der Entlassung

	Anzahl der Fälle	I	%	II	%	III	%	IV	%	†	%
Männer	82	0	0	5	6,1	25	30,4	52	63,3	0	0
Frauen	98	1	1,02	14	14,3	39	39,7	39	39,7	5	5,1
Zusammen	180	1	0,6	19	10,5	64	35,6	91	50,5	5	2,8

Im Verlauf

	Anzahl der Fälle	I	%	II	%	III	%	IV	%	†	%
Männer	82	9	11	20	24,4	18	21,9	34	41,5	1	1,21
Frauen	98	18	18,4	30	30,6	19	19,4	23	23,5	8	8,1
Zusammen	180	27	15	50	27	37	20	57	33	9	5

Aus der Gesamtübersicht ist hervorzuheben, daß im ganzen 9 Patienten starben, und zwar schon in der Klinik 5 Frauen.

Todesursachen:

1. Gefäßlues mit endarteriitischen Prozessen, Nierenschädigung und anschließende Urämie [1]).
2. Bronchopneumonie, Nephritis.
3. Pyämie [2]).
4. Suicid.
5. Bronchopneumonie.

Im Verlauf starben 4 Patienten, davon 3 Frauen, 1 Mann.

---

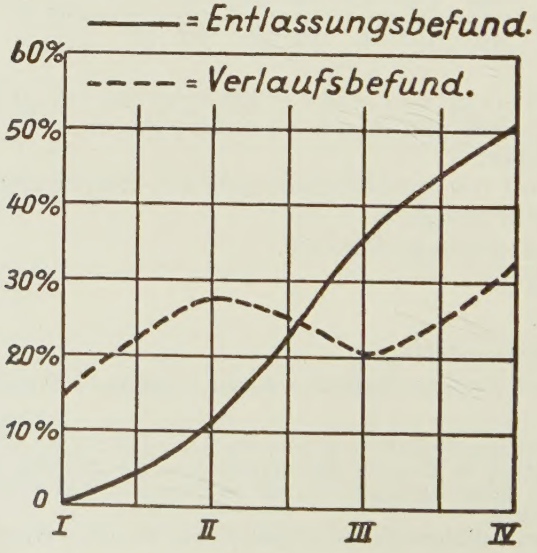
[1]) Die betreffende Patientin war schon im Jahre 1922 in der Nervenklinik. Es wurde schon damals die Diagnose Schizophrenie gestellt, so daß auch diesmal (1935) ein schizophrener Schub anzunehmen war und die Psychose wohl nicht von der luetischen Erkrankung herrührt.

[2]) Sekundäre Infektion. Symptomatische Psychose ebenfalls auszuschließen.

1. Ursache unbekannt.
2. Colitis ulcero-membranosa.
3. Tbc pulmonum.
4. Ursache unbekannt.

Ganz wesentlich ist, daß im Entlassungsbefund die weitaus größte Zahl unter die Rubrik IV fällt, nämlich 50,5%, d. h., daß die Hälfte als völlig ungebessert entlassen werden mußte. Von den 91 ungebessert entlassenen Patienten kamen 63 direkt von der Klinik aus in eine Anstalt. Zu einer leidlich sozialen Remission kamen bis zur Entlassung aus der Klinik 35,6%. So sind in der Klinik wirklich brauchbar remittiert nur 11,1%. Dabei ist die Anzahl der Vollremissionen verschwindend gering (nämlich 1: Die betreffende Frau kam nur zur Begutachtung, und zwar schon vollremittiert, nachdem sie vor 7 Jahren einen vermutlich schizophrenen Schub durchgemacht hatte; sie wurde nach 6 Tagen im gleichen Zustand als Vollremission entlassen, Sterilisation abgelehnt.)

Auch im Verlaufsbefund ist die Gruppe IV der Ungebesserten die Umfassendste, doch ist der Unterschied beim Vergleich mit den anderen Gruppen nicht mehr so erheblich wie beim Entlassungsbefund. Vielmehr verteilt sich die Gesamtzahl der Patienten gleichmäßiger auf alle 4 Gruppen. Zur besseren Veranschaulichung und zum Vergleich der Entlassungs- und Verlaufsbefunde diene folgende Skizze.



Daraus geht hervor, daß sich im Laufe der etwa 2 Jahre das Gesamtzustandsbild zugunsten der Spontanremissionen verschiebt, daß aber zugleich ein ganz bestimmter — nicht geringer — Prozentsatz dauernd ungebessert bleibt.

Auch die nur „leichten Besserungen" (III) sinken im Laufe der Zeit ab, so daß sie im Verlaufsbefund nur noch 20% betragen.

Zur Zeit meiner Anfrage befanden sich noch 42 Patienten in Anstalten. Davon waren 27 gänzlich ohne Besserung, dauernd anstalts- und pflegebedürftig. 13 arbeiteten zeitweise. Bei 2 Patienten begann gegen Ende eine Besserung einzusetzen, so daß Hoffnung auf Entlassung bestand.

Wie sich die 11,1% brauchbaren Remissionen des Entlassungsbefundes im einzelnen zusammensetzen, geht aus Tabelle 2 hervor [3]).

Tabelle 2.

Name	Erkrankungsdauer	Klinische Diagnose 1935	Worauf wird die Remission zurückgeführt?	Aufenthalt in der Klinik in Tagen 1935	In welcher Zeit nach Krankheitsausbruch setzte die Remission ein?
A. Max	1	Postencephalitischer Parkinson. Posttraumatischer Zustand. Schz. Schub?	Atropinkur	127	etwa 5 Monate
F. Karl	3	Schz. begutachtet. Sterilisation bejaht	schubweiser Verlauf	9 z. B.	1920, 1926 je 1 akuter Schub. Jetzt z. B.
K. Wilhelm	1	Hebephrenie	1. akuter Schub?	135	etwa 5 Monate
R. Wilhelm	1	Katatones Zustandsbild, Schz. Reaktion, Schz.?	1. akuter Schub?	27	etwa 1 Monat
W. Emil	3	Katatonie	schubweiser Verlauf. Vor 1935 2 Schübe, nach 1935 3 Schübe	21	etwa 3 Wochen
B. Emma	1	Schz., katatone Erregung	1. Schub? mit Pyrifer behandelt	189	9—10 Monate
B. Maria	2	Schz.	1. Schub?	136	8½ Monate
F. Johanna	3	Schz.	schubweiser Verlauf, 3 Schübe	55	1½ Monate
F. Karoline	3	Schz.? manisch-depressives Irresein?	schubweiser Verlauf, 2. Schub	92	etwa 3 Monate
F. Maria	3	Sch., Katatonie?	schubweiser Verlauf, 2. Schub	101	3—4 Monate

[3]) Die Einteilung der Erkrankungsdauer vor Aufnahme in die Klinik in drei Zeiten wird auf S. 15 näher erläutert.

Name	Erkrankungsdauer	Klinische Diagnose 1935	Worauf wird die Remission zurückgeführt?	Aufenthalt in der Klinik in Tagen 1935	In welcher Zeit nach Krankheitsausbruch setzte die Remission ein?
H. Luise	3	Remissionszustand nach Schz.	schubweiser Verlauf, 3. Schub	8 z. B.	1926, 1930 je 1 Schub mit leichten Defekten abgeklungen, jetzt z. B.
H. Sophie	1	paraphrener Schub	1. Schub?	26	etwa 3 Monate
H. Maria	1	katatoner Stupor	1. Schub?	61	etwa 6 Monate
H. Frida	2	Schz. Gutachten	schubweiser Verlauf, 2 Schübe	9 z. B.	z. B.
K. Mathilde	1	Schz. Schub?	vereinzelter 1. Schub?	31	etwa 3 Monate
K. Maria	3	amentiell gefärbtes Zustandsbild (Schz?)	2. Schub	88 (12 Tage Unterbrechung)	46 Tage
O. Bertha	3	Schz., Remissionszustand nach Schz.	1. Schub 1928	6 z. B.	z. B.
R. Katharina	3	paranoide Schz.	2 Schübe ohne wesentlichen Defekt abgeklungen	4 z. B.	z. B.
Scha. Maria	3	Zustand nach schz. Schub	3 Schübe, leichter Defekt	5 z. B.	z. B.
Schn. Mina	1	Schz.	1. Schub? Pyrifer-Bäderkur erfolgreich?	82	etwa 5 Monate

Zusammenfassung dieser zwanzig Fälle:

1 Patient reagierte so gut auf eine Atropinkur, daß die Diagnose Parkinson, die schon vorher gestellt war, als wahrscheinlich angesehen werden mußte.

6 Patienten, die gut remittiert entlassen wurden, waren schon im gleichen Zustand in die Klinik gekommen; sie waren dort nur einige Tage zum Zwecke der Beobachtung für die Erstattung von Sterilisationsgutachten.

5 Patienten hatten schon vorher Schübe gehabt, deshalb war auch diesmal ein Schub anzunehmen.

8 schienen 1935 ihren ersten Schub durchzumachen.

Es geht daraus hervor, daß nur die letzten dreizehn Fälle als eigentliche, hier zu berücksichtigende Remissionen angesehen werden dürfen. In Tabelle 3 habe ich — ganz entsprechend der Tabelle 2 — die 42% guten Remissionen des Verlaufs einzeln aufgezählt.

Tabelle 3.

Name	Erkrankungsdauer	Klinische Diagnose 1935	Remission wird zurückgeführt auf	Krankheitsdauer vor der Aufnahme (soweit bekannt)	Aufenthalt in der Klinik. Anzahl der Tage	Dauer der Krankheit nach Entlassung	Dauer des ganzen Schubs oder bis zur Remission
A. Eugen	1	Schz.	1. Schub	2 Wochen	112, aber Pause von 9 Tagen	einige Wochen	23 Wochen
B. Eugen	2	Schz., schleichende Persönlichkeitsveränderung. Schz. Psychose mit katatonem Gepräge	schleichend, gewisser Defekt	3/4 Jahr	70	3 Wochen	etwa 1 Jahr
B. Gustav	3	Schz.	3. Schub	2 Monate	59	?	?
B. Eugen	3	Schz.	4. Schub	8 Tage	392, 3mal Pause von 4 Tagen	7 Monate	1 Jahr und 8½ Monate
B. Erwin	1	Schz. (Schub)	1. langsam verlaufender Schub	2 Monate	125	1 3/4 Jahre	etwa 2 Jahre
E. Karl	1	Schz., katatones Zustandsbild	2—3 J. verändert, dann akuter Einsatz, Besserung plötzlich	akut verändert seit einigen Tagen	41	3 Wochen	10 Wochen
E. Ignaz	3	Paranoide Schz.	Verlauf schleichend, geringe Besserung	4—5 Jahre	86	?	langsamer Verlauf, Besserung nicht genau abzugrenzen
F. Friedrich	1	Schz., paranoides Zustandsbild	1. Schub	14 Tage	182	3 Wochen	7 Monate
G. Hermann	1	Vorwiegend katatoner Schub mit geringen Restsymptomen	1. Schub?	1½ Monate	171	4 Wochen	8 Monate

Name	Erkrankungsdauer	Klinische Diagnose 1935	Remission wird zurückgeführt auf	Krankheitsdauer vor der Aufnahme (soweit bekannt)	Aufenthalt in der Klinik Anzahl der Tage	Dauer der Krankheit nach Entlassung	Dauer des ganzen Schubs oder bis zur Remission
H. Hermann	1	katatoner Erregungszustand. Manisches Zustandsbild	1. Schub?	1/4—½ Jahr	82	5 Monate	11—14 Monate
K. Otto	1	Hebephrenie	kein abgeklungener Schub, sondern geringe Besserung	4 Monate	169	5/4 Jahr	etwa 2 Jahre
K. Franz	3	Paranoide Psychose mit schleichender Entwicklung	(Schub?) Wenig objektiver Bericht	16 Jahre!	6	1½ Jahr	etwa 17 Jahre
K. Friedrich	1	Schz., katatoner Erregungszustand mit hysterischen Zügen	1. Schub	14 Tage	87	1 Jahr	1 Jahr, 3½ Monate
M. Wilhelm	1	Schz.	1. Schub	5 Monate	64	—	7 Monate
M. Robert	3	schz. Defektzustand	Schub	8 Jahre	31 z. B.	—	nur geringe Besserung 10 Jahre
M. Walter	3	akuter schz. (paranoider) Schub	3. (?) Schub	3—4 Wochen	11	7 Monate	8 Monate
N. Otto	1	Schz.?	3. Schub	1½ Monate	94	6 Tage	5 Monate
Oe. Albert	1	Schz.	1. Schub	etwa 5 Monate	47	4—5Wochen	8 Monate
Sch. Otto	3	Schz. Schub mit psychogener Auslösung	2 Schübe	1 Monat	47	2 Jahre	etwa 2 Jahre
Sch. Karl	3	Schz. (Demenz)	Defekt, geringe Besserung	subakuter Beginn, vielleicht vor 3 Jahren	39	5 Monate	nur geringe Besserung 3—4 Jahre
T. Wilhelm	2	Paranoide Schz.	1. Schub	½ Jahr	87	5 Monate	14 Monate

T. Günther	1	Schz. Defektzustand mittleren Grades	1. Schub	½ Jahr	40	3 Wochen	7 Monate
W. Heinrich	3	Defektzustand	Begutachtung	?	9	—	nur geringe Besserung 4 Jahre
W. Gottlieb	3	Paraphrenie, paranoide Schz.	Schub	5—6Wochen	71	3½ Monate	7 Monate
Ba. Maria	1	Schz.	1. Schub	16 Tage	95	—	3½ Monate
B. Frieda	1	Hebephrenie	1. Schub	5 Monate	70	etwa 10 Monate	17 Monate
B. Elsa	1	Katatonie	2. Schub	3 Monate	88	14 Tage, noch 1 kurzer Schub	6½ Monate
B. Karolina	3	Katatonie	3. Schub	6 Tage	110	einige Tage	4 Monate
Bu. Elsa	1	Schz. Puerperal-Psychose	1. Schub	5 Monate	31	?	länger als 6 Monate
C. Maria	1	Beginnende Schz.	1. Schub (vielleicht Encephalitis)	8 Wochen	9	8 Tage	10 Wochen
D. Frieda	2	Schz.	1. Schub	8 Monate	90	3 Monate	14 Monate
D. Hilde	1	Schz.	1. Schub	1 Monat	48	3 Monate	5½ Monate
D. Sophie	1	Schz.?	„Kopfgrippe"	3 Tage	4	14 Tage	3 Wochen
E. Frida	3	Schz. Erkrankung, die während der Gravidität auftrat	1. Schub	½ Jahr	182	?	1 Jahr
E. Friederike	1	Stuporöses Zustandsbild (Schz.)	1. Schub	3 Monate	55	?	6 Monate
H. Sophie	1	Akute Schz.?	1. Schub	14 Tage	46	3 Monate	5 Monate
H. Luise	2	Paranoide Schz.	Defekt, geringe Besserung	2 Jahre	40	?	geringe Besserung
H. Maria	2	Schz.?	Schz. Persönlichkeit, leichte Besserung	8 Monate	36 z. B.	—	?
H. Pauline	1	Schz.	1. Schub	6—8 Wochen	42	einige Wochen	4—5 Monate

Name	Erkrankungsdauer	Klinische Diagnose 1935	Remission wird zurückgeführt auf	Krankheitsdauer **vor** der Aufnahme (soweit bekannt)	Aufenthalt in der Klinik. Anzahl der Tage	Dauer der Krankheit **nach** Entlassung	Dauer des ganzen Schubs oder bis zur Remission
H. Martha	2	Verdacht auf Schz.	Defekt? Geringe Besserung	langsamer Beginn	35	—	?
J. Ursula	1	Schz.	1. Schub	4—5 Tage	79	1 Jahr	14½ Monate
K. Johanna	2	Schz.	nur geringe Besserung	¾ Jahr	18	?	?
K. Emma	2	Schz. Typ mit Halluzinationen	1. Schub	1 Jahr	z. B. 64	—	14 Monate
K. Erika	1	Hebephrenie	1. Schub	3 Monate	82	?	6 Monate
L. Hilde	3	Schz. Schübe jeweils nach Entbindungen	3 Schübe	14 Tage	15	allmähliche Besserung	?
M. Friederike	1	Schz. (Katatonie)	1. Schub	1 Monat	83	—	4 Monate
N. Berta	1	Schz.	1. Schub	14 Tage	66	14 Tage	4 Monate
Sch. Luise	2	Schz.	1. Schub	8 Monate	80	½ Jahr	16 Monate
Schi. Luise	1	Paranoide Schz.	1. Schub	8 Tage	24	4—5 Wochen	2 Monate
Sch. Anna	3	Defektschz.	1. Schub?	3 Monate	16	½ Jahr	¾ Jahr
Sch. Marianne	2	Schz.	1. Schub	6—7 Monate	96	—	10 Monate
Sch. Magda	2	Hebephrenie	2. Schub	4 Wochen	142	3 Wochen	5½ Monate
Sch. U. Maria	3	Schz?	2. Schub	einige Tage	111	4 Wochen	5 Monate
St. Emma	1	Schz.	1. Schub	2 Monate	48	4 Wochen	4½ Monate
V. Hedwig	1	Hebephrenie	akuter Ausbruch, schneller Defekt, geringe Besserung	14 Tage	151	8 Wochen	7½ Monate
V. Lore	1	Progredient verlaufende Hebephrenie	1. Schub	4 Tage	266	6½ Monate	16 Monate
W. Luise	2	Schz. katatones Bild	1. Schub	⅝ Jahr	42	3 Wochen	1 Jahr
W. Paula	1	Hebephrenie	1. Schub	8 Tage	67	9 Monate	1 Jahr
W. Hanna	1	Hebephrenie	1. Schub	einige Tage	6	4 Wochen	1½ Monate

Zusammenfassung der Tabelle 3:

18 von den 20 remittiert entlassenen Patienten blieben gut, die 2 restlichen zeigten ihrer Antwort nach einen solchen Defekt, daß sie nicht mehr der Gruppe II zugerechnet werden konnten.

13 Patienten hatten vorher Schübe gehabt. Der Schub im Jahre 1935 scheint erst nach der Entlassung aus der Klinik abgeklungen zu sein.

34 Patienten schienen 1935 ihren ersten Schub durchzumachen, aber vor Abklingen des Schubs entlassen worden zu sein. (14 Patienten von diesen letzten 47 sind mehr oder weniger lange Zeit in Anstalten gewesen und sind dort allmählich zur Besserung gekommen.)

12 Patienten zeigten zwar eine Besserung, aber eine sehr geringe. Es waren zum großen Teil die Formen, bei denen die schizophrene Erkrankung akut eingesetzt hatte und zu einem schnellen Defekt geführt hatte, der sich im Laufe der Zeit ein wenig aufhellte.

Die Dauer des Klinikaufenthaltes betrug im Durchschnitt etwa 80 Tage. Die Fälle, in denen die Kranken sich nur zur Beobachtung oder Begutachtung auf etwa acht Tage in der Klinik aufhielten, sind bei der Berechnung unberücksichtigt geblieben.

Die Remission trat im Durchschnitt etwa 4½ Monate nach der Entlassung ein.

Das Alter, in dem die Krankheit ausbrach, betrug bei Männern und Frauen fast gleichmäßig 26 Jahre und etwa 7 Monate. Es hat sich auch bei unseren Fällen gezeigt, daß die Hauptgefährdungszeit im Alter zwischen 20 und 25 Jahren liegt.

Die Dauer der Krankheit bei Einlieferung in die Klinik wurde mit Müller-Münsingen und Küppers-Illenau (2) eingeteilt in

1. Frischerkrankungen (die manifesten Symptome der Krankheit liegen längstens ein halbes Jahr zurück).
2. Ältere Erkrankungen (sie liegen mindestens ½, höchstens 1½ Jahre zurück).
3. Alte Fälle (die Krankheit hat sich schon vor mehr als 1½ Jahren bemerkbar gemacht).

Es handelt sich hier um Einteilungen, über deren Richtigkeit man im einzelnen streiten kann; sie ermöglichen aber immerhin einen Vergleich.

Die Erkrankungsdauer möglichst genau festzustellen, ist deshalb von Wichtigkeit, weil nach Sakel (3) die prozentual besten Erfolge mit der Insulintherapie bei den initialen Schizophrenen erzielt werden.

Tabelle 4.

Einteilung nach der Erkrankungsdauer (bei der Aufnahme).

Erkrankungsdauer	Anzahl der Fälle	%	Bei der Entlassung I	%	II	%	III	%	IV	%	†	%
bis ½ J. (1)	82	45	0	0	8	9,7	26	31,7	44	53,7	4	4,8
½—1½ J.(2)	30	17	0	0	2	6,7	13	43,3	15	50,0	0	0
über 1½ J.(3)	68	38	1	1,5	9	13,2	25	36,8	32	47,0	1	1,5

Im Verlauf

Erkrankungsdauer	Anzahl der Fälle	%	I	%	II	%	III	%	IV	%	†	%
bis ½ J. (1)	82	45	19	23,2	20	24,4	13	15,9	23	28	7	8,5
½—1½ J.(2)	30	17	2	6,7	11	36,6	5	16,7	12	40,0	—	—
über 1½ J.(3)	68	38	6	8,9	19	27,9	19	27,9	22	32,4	2	2,9

Aus der Tabelle ergibt sich, daß die Tübinger Klinik mehr Frischerkrankungen als protrahierte Fälle bekommt, im Gegensatz zu Anstalten wie etwa Illenau. Das ist wichtig für die Bewertung der Erfolge einer Insulinbehandlung in der Tübinger Klinik.

Die meisten brauchbaren Remissionen (I und II) finden sich im Entlassungsbefund bei den am längsten Erkrankten (3), dagegen im Verlaufsbefund bei den Frischerkrankungen (1); dazu die meisten ungebesserten (III) im Entlassungsbefund bei den Frischerkrankten (1), im Verlaufsbefund bei den alten Fällen (3).

Es ergibt sich also, daß der Entlassungsbefund bei Frischerkrankungen zwar insgesamt am ungünstigsten ist (53,7% gegenüber 47% der alten Fälle), daß aber die Frischerkrankungen im Verlauf die meisten brauchbaren Remissionen aufweisen, während die alten Fälle sich genau umgekehrt verhalten.

Bei den alten Fällen ist wiederum die schubweise Verlaufsart für die Prognose wesentlich günstiger. Bei den schleichend verlaufenden Erkrankungen sind im ganzen nur 2 Fälle (9,5%) leidlich remittiert. Dies geht aus einer eigenen Tabelle über die Verlaufsart der alten Fälle hervor:

Tabelle 5.

Alte Fälle — Schübe und Remissionen.

Bei der Entlassung

Art des Verlaufs	Anzahl der Fälle	I	%	II	%	III	%	IV	%	†	%
In Schüben	37	1	2,7	9	24,4	13	35,1	13	35,1	1	2,7
Schleichend	21	—	—	—	—	6	28,6	15	71,4	—	—
schon als Defekt in die Klinik aufgenommen, Verlaufsart nicht genau bekannt	10	—	—	—	—	6	60,0	4	40,0	—	—

Tabelle 5 (Fortsetzung).

Im Verlauf

Art des Verlaufs	Anzahl der Fälle	I	%	II	%	III	%	IV	%	†	%
In Schüben	37	6	16,2	16	43,3	8	21,6	6	16,2	1	2,7
Schleichend	21	—	—	2	9,5	6	28,6	13	61,9	—	—
schon als Defekt in die Klinik aufgenommen, Verlaufsart nicht genau bekannt	10	—	—	—	—	5	50,0	4	40,0	1	10,0

Nunmehr bleibt noch die Erkrankungsform genauer zu betrachten und die Heilungstendenz der einzelnen Arten:

Tabelle 6.
Einteilung nach der Erkrankungsform.

Bei der Entlassung

Erkrankungsform	Anzahl der Fälle	%	I	%	II	%	III	%	IV	%	†	%
Paranoide Form	68	37,8	—	—	6	8,9	28	41,1	34	50,0	—	—
Katatone Form	52	28,9	—	—	7	13,5	15	28,9	26	50,0	4	7,6
Hebephrene Form	34	18,9	—	—	1	3,1	11	32,3	22	64,6	—	—
Unklare Formen (auch Paraphrenien und Defekte)	26	14,4	1	3,8	5	19,2	10	38,4	9	34,8	1	3,8

Im Verlauf

Erkrankungsform	Anzahl der Fälle	%	I	%	II	%	III	%	IV	%	†	%
Paranoide Form	68	37,8	7	10,4	23	33,8	15	22,0	23	33,8	—	—
Katatone Form	52	28,9	11	21,1	12	23,0	7	13,5	15	28,9	7	13,5
Hebephrene Form	34	18,9	4	11,8	7	20,5	7	20,5	15	44,1	1	3,1
Unklare Formen (auch Paraphrenien und Defekte)	26	14,4	5	19,2	8	30,8	8	30,8	4	15,4	1	3,8

Manche Fälle konnten naturgemäß nur mit Mühe in eine dieser Formen gepreßt werden, manche überhaupt nicht, zumal es sich häufig schon um Defektzustände handelte.

Es zeigte sich, daß die meisten Schizophrenien der paranoiden Form zugeteilt werden mußten. Hebephrene Formen waren am seltensten zu beobachten. Und es bestätigte sich Bumkes (4a) Beobachtung, daß die katatonen Formen in beiden Befunden die besten Remissionen erzielen, während die Hebephrenien am meisten Verschlechterungen aufweisen.

Die „unklaren Formen" setzten sich zum größten Teil aus Defektschizophrenien zusammen; außerdem zweimal depressive Zustandsbilder, eine Mischpsychose, 5 Paraphrenien, 2 mal fraglicher Parkinson. Es zeigen sich also alle die Bilder, die Bumke (4a) unter den Differentialdiagnosen der Schizophrenie aufzählt.

Interessant ist vielleicht noch, daß sich bei 11 Frauen die schizophrenen Symptome erstmals im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, nach einer Geburt oder im Wochenbett zeigten. In 2 Fällen traten die Störungen ganz regelmäßig jedesmal nach Entbindungen auf. In 5 anderen Fällen dagegen nur bei der Geburt des ersten Kindes.

Soweit sich nachträglich ermitteln ließ, sind von den untersuchten Patienten in der Klinik 41 mit Pyrifer behandelt worden. Davon haben 7 vielleicht infolge dieser Behandlung eine leichte Aufhellung erfahren. Zum Teil wurde zugleich Paraldehyd gegeben. Einmal wurde daneben eine Cardiazolkur nach Meduna (5) angefangen. Sie hat aber keine Änderung des Krankheitsbildes gebracht.

Nach Entlassung aus der Klinik wurden in Anstalten 2 Patienten mit Pyrifer, 3 mit Cardiazol, einer mit Anästhesulf, einer mit Sulfonal+Elektro-Faradisation behandelt. Außerdem versuchte man bei 5 Patienten eine Insulinkur (3 davon 1937 in der Tübinger Klinik). Nur bei einem Patienten hatte das Insulin eine deutlich bessernde Wirkung. Hier kam anscheinend eine Verkürzung des Schubs zustande. Die anderen 4 insulinbehandelten Patienten waren Defektschizophrene und reagierten nur mit vorübergehender Besserung oder gar nicht.

Zum Vergleich füge ich auszugsweise die Ergebnisse einiger anderer katamnestischer Untersuchungen hinzu:

1. Im Lehrbuch von Bumke (4c):
   a) Nach einer Statistik aus Heidelberg, die 294 Fälle nach 16 bis 17 Jahren untersuchte, waren praktisch gesund 30%, wesentlich gebessert 4,8%, krank geblieben 56,8%.
   b) In München von 308 Patienten nach 31—32 Jahren höchstens 24,9% Heilungen (7,9% Vollremissionen).
   c) Eine Statistik von Bruno Schulz: bei 660 Kranken nach mehr als 10 Jahren nur 10,1% Genesungen.
2. Aus dem „Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" (Referate Band 87): Hans Evensen (6):

Nachuntersuchungen von 815 Schizophrenen, die während der Jahre 1915 bis 1929 in der Anstalt Gaustad (Schweden) behandelt wurden. 815 Fälle, davon gebessert entlassen 253 (31%). Von diesen blieben arbeitsfähig 40,8%. Im Verlauf Vollremissionen 13%, gute Remissionen fast 10%, leichte Besserungen etwa 8%, zusammen 23%.

3. Als letztes eine französische Statistik von L. Fromenty (7): „Statistische Untersuchungen über Häufigkeit und Dauer der Remissionen bei Schizophrenie vor der Insulintherapie". Sie betrifft 271 Fälle, nämlich:
   1. Gruppe: Die Kranken steuern unaufhaltsam einem schizophrenen Zerfall zu: 70%.
   2. Gruppe: Schübe, jedoch wird Verblödung erreicht: 15%.
   3. Gruppe: Schübe mit völligen und dauerhaften Remissionen: 15%.

Zusammenfassung.

Von 180 Patienten, die im Jahre 1935 mit der Diagnose Schizophrenie in der Tübinger Nervenklinik aufgenommen waren, wurden

50,5% ganz ungebessert,
35,6% leicht gebessert,
11,1% gut gebessert

entlassen.

Von den 11,1% gut gebessert Entlassenen sind aber nur 7,2% als tatsächlich in der Klinik remittiert zu betrachten, die übrigen 3,9% kamen schon remittiert in die Klinik zur Begutachtung.

Im Verlauf waren

33% ganz ungebessert,
20% leicht gebessert,
42% gut gebessert.

Die genauere Untersuchung der 42% guten Remissionen ergab aber, daß nur 32,8% als echte Remissionen angesprochen werden dürfen, die übrigen 9,2% setzen sich zusammen aus den oben besprochenen Beobachtungsfällen (nur zur Begutachtung in der Klinik) und leichten Besserungen, wie sie ein Defekt zeitweise zeigt.

Durchschnittlich trat die Remission 4½ Monate nach der Entlassung ein.

Die in die Tübinger Klinik eingewiesenen Patienten sind zum großen Teil frisch erkrankt, d. h. die Krankheit ist weniger als ½ Jahr vor der Einlieferung hervorgetreten.

Von den „alten Fällen" — Erkrankungsdauer über 1½ Jahre — zeigt die schubweise Verlaufsart mehr Besserungen als die schleichende.

Die meisten Schizophrenien waren der paranoiden Form zuzuzählen. Die besten Remissionen waren auf Seite der katatonen Formen.

Die beigebrachten Ergebnisse anderer ähnlicher katamnestischer Untersuchungen sind sehr verschieden; sie erstrecken sich über einen längeren Zeit-

raum, zeigen deshalb im großen und ganzen noch wesentlich weniger gute Remissionen.

Heidelberg	30 %,
München	24,9 %,
Schulz	10,1 %,
Evensen	23 %,
Fromenty	15 %.

Literaturverzeichnis.

1. Küßner, Martha: Erfolge der Insulinbehandlung bei Schizophrenie. Tübinger Dissertation, 1938, unter der Presse.
2. Küppers, E.: Die Insulinbehandlung der Schizophrenie. Deutsche med. Wochenschrift 1937, Nr. 10.
3. Sakel: Neue Behandlungsmethoden der Schizophrenie. Verlag Perles, Wien 1935.
4. Bumke, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Verlag J. F. Bergmann. 4. Aufl. 1936.
   a) S. 574 f.
   b) S. 584.
   c) S. 581.
5. Meduna: Die Cardiazolschocktherapie.
6. Evensen, Hans: Nachuntersuchungen von 815 Schizophrenen, die während der Jahre 1915—1929 in der Anstalt Gaustad (Schweden) behandelt wurden. Zentralblatt f. d. ges. Neur. und Psych. Ref. Bd. 87/1938.
7. Fromenty, L.: Statistische Untersuchungen über Häufigkeit und Dauer der Remissionen bei Schizophrenie vor der Insulintherapie. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. Bd. 87/1938.

Lebenslauf.

Am 2. April 1914 wurde ich als achtes Kind des Pfarrers Joseph Gauger und seiner Ehefrau Emeline, geb. Gesenberg, in Elberfeld geboren.

Nachdem ich drei Jahre die Volksschule, sieben Jahre das Lyzeum-Ost in Elberfeld und drei Jahre die realgymnasiale Studienanstalt in Barmen besucht hatte, bestand ich Ostern 1933 die Reifeprüfung.

Anschließend begann ich in Tübingen mein Medizinstudium. Im April 1934 legte ich dort mein Vorphysikum ab, im Juli 1935 in Bonn das Physikum. Dann besuchte ich die Universitäten Freiburg, Königsberg, Berlin je ein Semester und kehrte darauf wieder nach Tübingen zurück, um dort im Herbst 1938 das medizinische Staatsexamen abzulegen.